

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 232

*De la Ménopause retardée
dans les Myomes Utérins*

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 7 Juillet 1925

PAR

Bouchra Youakim MIGALLI

né à ABOU-KORKAS (Egypte) le 14 Mars 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

**DE LA MENOPAUSE RETARDEE
DANS LES MYOMES UTERINS**

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 232

De la Ménopause retardée dans les Myomes Utérins

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 7 Juillet 1925

PAR

Bouchra Youakim MIGALLI

né à ABOU-KORKAS (Egypte) le 14 Mars 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, président ; PATEL, assesseur ;
COTTE et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE RAGUI, *Ingénieur agronome*

A MON FRÈRE SAMI, *Etudiant en droit.*

A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Clinique Gynécologique

C'est à lui que revient l'idée de ce travail. Je ne saurais assez le remercier du bienveillant accueil qu'il nous a toujours réservé et du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Je lui adresse mes respectueux sentiments.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS MICHON

Chef de Clinique Gynécologique

Il fut pour moi un ami autant qu'un maître. Je tiens à lui exprimer ici mon respectueux attachement.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE LYON

ET DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR NAGUIB BEY MAFHOUS

*Professeur de Clinique Gynécologique à l'hôpital Kasr-el-Aïni
du Caire*

DE LA MÉNOPAUSE RETARDÉE DANS LES MYOMES UTÉRINS

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle en abordant un sujet qui, dans ces dernières années, a soulevé de si nombreuses discussions. Nous voulons attirer l'attention sur un point souvent négligé par la plupart des auteurs qui ont abordé le sujet du rapport entre le myome et la ménopause. Ils ont tous parlé de la régression du myome à la période de la ménopause et ils croyaient comme une coïncidence heureuse pour la malade, le moment de la ménopause. En effet, et c'est le but de notre thèse, le myome, au lieu de régresser à la ménopause, fait reculer cette période des années et des années, et la malade voit souvent les symptômes s'aggraver au lieu de s'améliorer. On a vu même dans bien des cas que le retard de la ménopause était le seul symptôme révélateur d'un myome passé jusque-là inaperçu. Nous avons essayé, dans ce travail modeste, de montrer au lecteur la véracité de notre point de vue. Notre désir a été d'attirer l'attention sur ce point important, et nous espérons que des travaux plus complets seront faits sur ce sujet.

Nous avons envisagé, dans un premier chapitre, les modifications dans l'évolution du myome à la ménopause.

Dans le deuxième chapitre, que nous avons appelé le chapitre clinique, nous avons mentionné les avis des différents auteurs et critiqué les observations que nous avons pu recueillir.

Dans un troisième chapitre, le chapitre pathogénique, nous avons donné notre avis sur la pathogénie du retard de la ménopause par le myome, et nous avons donné les hypothèses qu'on peut formuler à cet égard.

Dans le même chapitre, nous avons donné les arguments, soit cliniques, soit anatomo-pathologiques qui sont en faveur de notre théorie. Nous avons terminé le chapitre par nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Etude anatomo-pathologique du myome utérin à la ménopause

Les différents aspects macroscopiques sous lesquels se présente cette tumeur, lui ont valu divers noms, qui peuvent rappeler assez bien sa structure grossière, mais qui créent une confusion regrettable au point de vue de sa structure histologique.

C'est ainsi qu'on a coutume d'appeler fibromes les formes les plus fréquentes, constituées par un tissu blanchâtre, homogène, criant sous le scalpel; on parle encore de fibromyomes. Quant au terme de myome, généralement adopté par les auteurs allemands, beaucoup semblent le réserver aux formes plus molles, dont l'aspect se rapproche davantage du tissu utérin.

Il est plus logique de désigner ces tumeurs d'après leur nature histologique, toujours la même, malgré les différences d'aspect et d'évolution, car ce sont toujours des néoproductions du tissu musculaire, c'est-à-dire des

myomes. Il existe des myomes plus ou moins durs, plus ou moins vasculaires, des myomes pseudo-kystiques, des myomes malins; ce ne sont pas là des fibromes, au sens exact du mot qui signifie tumeurs du tissu fibreux.

« Dans les myomes, nous dit le Professeur Tripier, on admet à tort la production du tissu fibreux..., il n'y a d'analogie au tissu fibreux que le stroma hyalin, tous les éléments cellulaires étant des éléments musculaires. »

Nous nous occupons uniquement du myome « tumeur circonscrite » et par utérus myomateux, nous entendons un utérus renfermant plusieurs myomes. Nous laissons à côté les lésions de métrite dans lesquelles on constate une hyperplasie des fibres musculaires se traduisant à l'examen clinique par une augmentation de volume de l'utérus (myomes diffus de Gaillard).

De l'atrophie du myome

C'est bien la caractéristique de toutes tumeurs qui ont tendance à s'accroître ; les unes rapidement avec généralisation, les autres lentement et parfois même restent stationnaires. On ne les voit jamais pratiquement se résorber ni disparaître.

Les myomes constitueraient une exception remarquable si seuls entre toutes les tumeurs, ils jouissaient de la propriété de disparaître. En réalité, ils ne disparaissent pas, et même on a beaucoup exagéré en parlant de leur atrophie.

On peut admettre, leur structure étant sensiblement la même que celle du tissu utérin, qu'ils puissent comme ce tissu, subir une involution et diminuer légèrement de

volume lorsque la circulation devient moins active dans la sphère génitale à l'époque de la ménopause.

Pour Jacobs « la diminution de volume de la tumeur se fait par transformation des éléments musculaires; le tissu conjonctif se condense, se raréfie ; on assiste à une raréfaction interstitielle du néoplasme ; il devient dur, fibreux, cartilagineux ».

Lawson Tait explique la régression par des troubles circulatoires. « Par suite de prolifération cellulaire, dit-il, il se produit une oblitération vasculaire qui envahit la lumière des vaisseaux; la source de nutrition disparaît : phénomène de nécrobiose; la tumeur s'amollit et s'infiltré de liquide qui dissocie les fibres.. »

Quoi qu'il en soit du mécanisme de l'atrophie, il est un fait certain, c'est qu'elle n'aboutit jamais à la disparition. De plus son importance est d'autant moindre que la tumeur est plus volumineuse.

De la calcification

Ceux qui insistent sur la bénignité du myome, ont l'habitude de considérer cette complication comme une heureuse transformation. C'est pour eux un signe d'arrêt dans l'évolution de la tumeur.

S'ils étaient dans le vrai, nous répondrions que la calcification est assez rare. Piquand estime qu'elle se rencontre dans 3 % des cas seulement.

« Elle atteint presque exclusivement les myomes interstitiels et sous-péritonéaux ; la dégénérescence calcaire des polypes est exceptionnelle. »

Dans une étude anatomo-pathologique très complète, l'auteur distingue la calcification à début central et la calcification à début périphérique.

La première variété, de beaucoup la plus fréquente, débute par un dépôt de granulations calcaires du volume d'un grain de chénevis, qui infiltrent le tissu du myome. Les dépôts calcaires augmentant de volume finissent par former des travées irrégulières. Un noyau central se constitue par la réunion des travées.

A un dernier stade, tous les éléments de la tumeur sont uniformément envahis. Sur les coupes, elle présente une section blanc-jaunâtre, lisse, polie, extrêmement dure, rappelant l'aspect du tissu osseux ébourné.

Dans la seconde variété, une sorte de gaine de coque calcifiée se constitue autour de la tumeur, et à partir de ce stade, la calcification peut évoluer de plusieurs façons. Parfois la formation de nouvelles couches calcaires aboutit à une calcification complète. Plus souvent, la calcification s'arrête à la formation de la coque périphérique, le tissu myomateux contenu dans cette coque présentant des lésions de nécrobiose. Au point de vue histologique, on peut voir les cellules musculaires disparaître peu à peu, tandis que les sels calcaires se déposent sous forme de grains microscopiques entre les fibrilles du tissu conjonctif; ou bien le dépôt se fait directement dans les fibres musculaires non altérées.

Telle est la nature de la calcification. Nous avons dit que c'était une transformation assez rare, son importance au point de vue clinique est encore diminuée par ce fait que généralement, à côté d'un myome calcifié existent d'autres moyens de structure normale.

Bien plus, il serait faux de penser que c'est une évolution heureuse.

Si parfois les myomes calcifiés n'occasionnent aucun accident, souvent ils entraînent des complications redoutables, les unes tenant à la compression des organes voisins, les autres à la suppuration du myome et du tissu cellulaire qui l'entoure. La compression du rectum a, dans quelques cas, occasionné une occlusion intestinale mortelle. On a observé encore le sphacèle par compression des parois rectales.

Plus souvent c'est la vessie qui est comprimée, et parfois jusqu'à la perforation de ses parois. Lorsqu'un abcès se forme, il peut s'ouvrir dans le vagin, dans la vessie, dans le rectum. On l'a vu s'ouvrir dans le péritoine, déterminant ainsi une péritonite mortelle.

La conclusion du travail de Piquand est « qu'il ne faut pas considérer la calcification comme une transformation favorable, il faut au contraire la considérer comme une véritable complication. »

Le développement rapide

Myomes œdémateux et pseudo-kystiques. C'est encore à la ménopause qu'on voit très souvent les myomes utérins s'accroître avec rapidité, et cette évolution s'accompagne généralement d'une « transformation myxoïde ». Parmi les myomes qui deviennent ainsi « myxomateux », il en est qui, histologiquement, sont des véritables tumeurs malignes; les autres conservent, bien qu'ils aient une allure clinique identique, des caractères histologiques de bénignité.

Lawson Tait, pour classer les myomes, ne tenait pas compte de leur siège; il les divisait en deux catégories : les myomes multinodulaires et les myomes mous œdématisés.

D'après cet auteur « les myomes multinodulaires sont constitués par des masses de volume variable, qui semblent enchatonnées et distribuées au hasard, dans l'ensemble du tissu utérin. Ils peuvent être sous-muqueux, sous-séreux et interstitiels, leur énucléation est difficile. A la coupe, ils présentent une dureté presque cartilagineuse. Ils régressent toujours vers la ménopause.

« Le myome non œdématisé, au contraire, est constitué par une masse volumineuse, recouverte et entourée d'une couche épaisse de tissu normal. Toujours solitaire, il peut être extirpé par énucléation et à la coupe il présente un aspect gélatineux particulier. Peu influencé par l'âge, il se développe souvent entièrement après la ménopause.

Nous nous demandons si cette division est bien fondée car, entre le myome nodulaire et le myome œdématisé, il n'y a certainement pas de différences aussi marquées. Ces deux formes anatomiques ne peuvent être opposées d'une façon formelle.

Les myomes œdémateux et pseudo-kystiques résultent toujours d'une évolution particulière des myomes nodulaires; il est donc faux d'affirmer que ces derniers régressent toujours vers la ménopause.

Comment et sous quelles influences se fait cette évolution? D'après la théorie lymphatique de Kœberlé, le ramolissement des myomes et la formation au sein de leur substance de cavité kystique seraient le fait de la dilatation progressive des espaces lymphatiques de la tumeur.

La théorie épithéliale, très en honneur en Allemagne, considère le myome comme un adénome dont l'épithélium s'est atrophié parfois jusqu'à disparaître, mais qui, dans d'autres cas, possède et forme à l'intérieur de la tumeur des cavités variant de forme et de volume.

Cette théorie n'est pas admise en France.

Virchow, se basant sur ce fait que, dans le liquide contenu dans les cavités, il est possible de déceler de la mucine, et ainsi il a prétendu qu'il s'agissait d'une transformation myxomateuse.

D'autres auteurs font intervenir l'oblitération vasculaire pour expliquer la nature de ces cavités.

C'est Cruveilhier qui, le premier, a donné l'infiltration œdémateuse comme origine des cavités pseudo-kystiques. C'est la théorie la plus généralement partagée.

Le myome malin

On a l'habitude de parler à ce propos de sarcome utérin de dégénérescence sarcomateuse, expression très vague qui ne peut que faire méconnaître l'origine de cette tumeur.

Le prétendu sarcome utérin est bien, en effet, comme l'ont démontré depuis longtemps MM. Paviot et Bérard, une tumeur maligne du tissu musculaire, un cancer musculaire lisse. Il peut se développer d'emblée. Il peut aussi se développer sur un myome préexistant, mais dans les deux cas, le processus est le même.

D'après Brault, cité par Shœker : « Le sarcome est plus souvent primitif que secondaire, c'est-à-dire qu'il prend naissance dans le tissu fibreux de l'utérus. La trame

des corps fibreux peut aussi bien que le tissu conjonctif normal donner lieu à la production des tumeurs connectives. On a dit qu'il y avait transformation sarcomateuse de fibromyomes; cette manière d'envisager le phénomène ne paraît pas conforme à l'observation, en ce sens que le tissu conjonctif est le seul élément qui prenne part au développement de cette tumeur. De même, si dans un papillome, l'élément connectif devient ultérieurement l'origine d'un sarcome simple ou de sarcome mélanique, nous ne devons pas dire qu'il y a transformation du papillome en sarcome ; la tumeur nouvelle est de nature conjonctive.

Pour Pilliet et Costes, cité par Claine « le début de la transformation cellulaire se fait au niveau des vaisseaux lymphatique et sanguin : ce seraient les cellules endothéliales de ces canaux qui s'altéraient d'abord, la lésion progresse ensuite en suivant les pointes d'accroissement en s'infiltrant à travers les faisceaux conjonctif et musculaire en les envahissant enfin.

Paviot et Bérard pensent qu'il s'agit de transformation directe des cellules musculaires elles-mêmes.

Williams reconnaît un myome sarcomatode issu des cellules musculaires d'un fibromyome et un myosarcome mélangé de cellules myomateuses et sarcomateuses, dus à des altérations sarcomateuses dans les éléments du tissu conjonctif.

« La dégénérescence sarcomateuse, dit Virchow, débute par certains endroits de la substance intercellulaire, les cellules néoformées augmentent par scission; au commencement elles sont petites, plus tard elles grossissent et renferment des noyaux considérables comme de gros cor-

puscules muqueux, tandis que la substance intercellulaire devient plus molle et plus lâche. Tandis que les interstices s'élargissent, le tissu musculaire disparaît complètement dans beaucoup d'endroits. »

Quoi qu'il en soit, la dégénérescence sarcomateuse des myomes est un fait clinique indiscutable et généralement admis.

Nous ne pouvons pas admettre l'avis de Pellanda qui dit que la dégénérescence maligne des myomes utérins est un fait absolument exceptionnel, ni celui de Jacobs, de Bruxelles, qui est allé un peu loin en affirmant que la majorité des fibromes utérins subissent une évolution maligne à la ménopause. « Il est infiniment probable, a écrit Delbet, que dans la plupart des cas, et peut-être dans la majorité des cas donnés comme fibrosarcomes, il s'agissait de transformation sarcomateuse de fibromyomes primitifs. »

Costes, dans sa thèse, écrit : « comme conclusion¹ clinique, vu la fréquence de leur dégénérescence sarcomateuse, les fibromyomes de l'utérus doivent être regardés comme des tumeurs graves ».

Pour Pozzi, cité par Hyenne « il est infiniment probable que le fibrosarcome utérin a toujours pour tissu matriculaire un fibromyome ».

« J'ai montré dès 1856, dit Péan, la facilité avec laquelle les fibromes peuvent récidiver sous forme de sarcomes. »

« On peut rencontrer, dit Laurent, des nodules avec tous les caractères histologiques des fibromyomes, à côté d'une ou plusieurs tumeurs sarcomateuses; des nodules en partie fibromateux, en partie sarcomateux, sans que

les éléments histologiques se confondent ; enfin des cas où les cellules fibromateuses passaient par des transitions insensibles à l'état sarcomateux. »

M^{me} Oulesko-Stroganova l'a rencontré dans 10 % des cas.

Martin l'a observée 6 fois sur 205 cas.

Jacobs, sur un chiffre de 176 opérations, en a vu 4 cas.

Sturmdorf présenta à l'Académie de Médecine de New-York, une coupe macroscopique faite dans un utérus fibromateux, montrant un exemple typique de dégénérescence sarcomateuse directe.

Tate a présenté également à la Société Obstétrique de Londres des exemples de transformation sarcomateuse des tumeurs fibreuses.

Pour Paviot, le sarcome n'est pas d'origine endothéliale vasculaire, comme le prétendait Pilliet, et il ne se développe pas aux dépens du tissu conjonctif du myome comme l'affirmait Virchow. Ce n'est pas non plus une transformation des cellules myxomateuses en cellules sarcomateuses, théorie soutenue par Williams et Pick. Les cellules dites improprement sarcomateuses sont des cellules musculaires à un premier stade de leur évolution.

Dégénérescence carcinomateuse

Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Les uns l'admettent, les autres la réfutent catégoriquement.

Passons en revue les avis de quelques auteurs.

Corneil et Ranvier, Siredey et Danlos, Delbet et Pozzi la rejettent.

Cruveilhier dit « les corps utérins peuvent-ils devenir cancéreux? Non ! mille fois non ! A ce point que lors même que l'utérus tout entier subirait la dégénérescence cancéreuse, le corps fibreux resterait inébranlable ». Il consolait les malades fibromateuses en leurs disant qu'elles « auraient au moins l'avantage, dans leur infirmité, de n'avoir pas à redouter le cancer ».

Bocca n'y croyait pas non plus.

Morgagni, Dupuytren, Gaillard Thomas la croyaient possible.

Redlich cite le cas d'une femme de 45 ans qui avait un fibrome sous-muqueux avec des noyaux cancéreux à la partie supérieure gauche. D'après lui, ce cas, ainsi que les cas analogues, il ne s'agissait de dégénérescence d'un fibrome, mais de développement concomitant des deux néoplasmes.

Claine, se basant sur les statistiques de Schröder et de Martin, qui ont trouvé parmi leurs malades gynécologiques 3 % de cancer, et parmi celles atteintes de fibromyomes 3 1/2 à 4 %, il conclut en faveur de la coïncidence.

Rœhrig et de Bouchaud ont trouvé la même proportion sur les malades atteintes de deux affections. « Il est possible, à l'heure actuelle, de l'admettre anatomiquement. »

Hyenne écrit dans sa thèse : « Le fibromyome est formé de tissu musculaire et conjonctif, c'est-à dire d'éléments ayant pour origine le feuillet moyen du blastoderme ; il ne peut donc jamais, en raison de sa constitution histologique et de son origine embryonnaire, donner

naissance à un carcinome qui est une tumeur épithéliale. »

Piquand admet la coexistence assez fréquente. Sur 1.000 opérations, il a rencontré 15 fois le cancer. D'après lui, la coexistence du fibrome avec le cancer de l'utérus serait de 1,5 % et de 2 % avec celui du col.

Virchow fut le premier à admettre cette dégénérescence. « Il n'est pas douteux pour moi, dit-il, qu'un myome existant puisse dégénérer, pourvu qu'il se développe dans son tissu des éléments hétérologues; le cas le plus fréquent est la dégénérescence carcinomateuse ou cancéroïde des myomes de l'utérus. »

Glöser, Cœ, Rœhrig, Liebmann, Ehrendorfer l'admettent. Klob la défend aussi : « En 1862, écrit-il, un singulier spécimen fut déposé au musée de Salzbourg. Dans une tumeur fibroïde du volume d'une tête d'enfant, située dans la paroi postérieure de l'utérus, il s'était développé un carcinome incontestable, sans qu'aucune autre portion du corps fut affectée. Je suis donc forcé d'admettre la possibilité d'une telle transformation, quoique je ne puisse me rappeler un seul cas de cette espèce, soit dans la littérature, soit d'après mon expérience personnelle. »

Schultz rapporte le fait suivant : « Pendant une laparotomie pour fibromyome, le professeur Skutsch trouve la tumeur adhérente à l'intestin et ne peut l'extraire. Pendant ces manœuvres, une petite déchirure se produisit sur la face postérieure de la masse fibreuse, d'où il sortit une bouillie d'aspect encéphaloïde. Examinée séance tenante, cette bouillie fut reconnue carcinome,

Schultz déclare qu'il s'agissait d'un fibrome dégénéré en carcinome.

Winter pense que l'utérus fibromateux est un terrain très favorable pour l'éclosion d'un cancer épithélial, « ce qui semble le prouver, dit-il, c'est qu'il est rare de rencontrer un utérus épithéliomateux dont les parois ne renferment pas quelques nodules fibromateux, sinon de véritables fibromyomes. » D'après lui, les utérus fibromateux sont le plus souvent atteints de cancer du corps.

Nous ne pouvons pas, avec des avis si différents, nous prononcer avec précision. Nous savons, d'une part, que les tumeurs étant de lignées histologiques différentes, il leur est difficile de se transformer l'une dans l'autre. D'autre part, les observations qu'ont rapportées quelques auteurs laissent voir qu'un épithélioma peut se développer au sein du tissu myomateux. Dans ce cas, qu'il s'agisse de dégénérescence de débris wolffiens, de débris de la muqueuse utérine, ou de propagation de voisinage, il est un fait important, le fait que les tumeurs myomateuses peuvent au moins provoquer le carcinome aux dépens de la muqueuse utérine. Tout le danger est là.

CHAPITRE II

Etude clinique des myomes à la ménopause

Au moment de la ménopause surviennent toute une série de phénomènes qui sont contemporains de l'arrêt de la vie sexuelle.

Les menstruations diminuent et s'arrêtent, les organes génitaux externes et internes s'atrophient, des troubles fonctionnels parviennent : bouffées de chaleur, phénomènes vaso-moteurs et nerveux et la fécondation n'est plus possible.

La date d'apparition de la ménopause varie suivant chaque individu. Néanmoins, si l'on consulte les auteurs classiques, on peut admettre comme moyenne l'âge de 45 ans comme date la plus fréquente de la ménopause chez la femme normale.

Vinay, pour la région lyonnaise, donnait un chiffre de 48 ans. La moyenne trouvée par Rendu chez les femmes du Perron est un peu plus élevée. Mais en général, le chiffre de 45 ans est le plus admis par la plupart des auteurs.

Etant données les modifications profondes que subit l'appareil génital à cette période critique de la femme, on peut se demander si cette évolution ne se fait pas sentir sur l'évolution du myome.

C'est ce point de vue particulier qui nous intéresse, et nous apportons trois catégories de faits :

a) L'opinion d'auteurs pour lesquels la ménopause influence favorablement l'évolution du myome : les hémorragies cessent, la tumeur s'arrête dans son développement, régresse même et disparaît. C'est là l'opinion qui fut longtemps classique.

b) L'opinion d'auteurs qui, à l'inverse des précédents, pense que la ménopause influence défavorablement le myome, et que toute une série de complications peuvent surgir de ce fait.

c) L'opinion personnelle de M. le Professeur Villard, qui est celle que nous défendons :

Ce n'est pas la ménopause qui influence le myome, c'est le myome qui retentit sur la ménopause et en retarde l'apparition.

a) *L'influence favorable de la ménopause
sur l'évolution du myome*

Nombreux sont les chirurgiens qui affirment que les fibromyomes ont une tendance marquée à perdre de leur importance clinique au fur et à mesure que la malade avance en âge, approche de la cinquantaine.

Pour Alban-Doran les myomes rétrocedent au moment de la ménopause.

M^{me} Scharlieb croit, elle aussi, que ces tumeurs peu-

vent diminuer de volume après le retour d'âge. D'ailleurs, elle en a publié un cas très net.

Spencer Wells dit avoir souvent constaté la rétrocession des symptômes au moment de la ménopause.

Albert Robin dit dans son livre de Gynécologie médicale, p. 323-324 :

« Après la disparition des menstrues, les myomes diminuent souvent, ou tout au moins deviennent silencieux. »

« Il faut considérer les myomes au moment de la ménopause et après sa terminaison. »

« Pendant la période des troubles menstruels et des poussées congestives, âge critique des myomes, suivant l'expression de Jacobs, le myome participe à leurs effets, provoque des métrorragies très inquiétantes, accompagnées parfois de douleurs, ballonnement, d'accidents de compression et de menace d'obstruction intestinale avec une apparence de péritonisme à répétition. Il arrive que la tumeur paraît se gonfler à chaque époque de règles normales ou non avortées, pour diminuer ensuite et reprendre son volume primitif, mais elle ne rétrocede pas toujours; son augmentation se poursuit d'une manière plus ou moins rapide et si elle est progressive et incessante, une intervention devient inévitable, nécessaire encore par l'infection, le sphacèle, les compressions, les hémorragies graves, etc... C'est le moment où les myomes se calcifient, deviennent œdémateux, ou myxomateux. »

« Lorsque la ménopause est franchie, le myome cesse d'augmenter, il ne se forme plus de nouveaux noyaux et même la tumeur diminue. Cette régression favorise

aussi les accidents de torsion de la tumeur (Rouffart) et il reste à craindre les dégénérescences malignes et les sphacèles. On a vu survenir des phlébites tardives. »

« Cependant, après la ménopause, d'une façon générale, le pronostic devient plus favorable. »

Pour Pozzi, il arrive assez souvent que les myomes subissent une induration progressive à partir de la ménopause; ils diminuent en même temps de volume et, suivant l'involution sénile et l'atrophie de l'utérus, la tumeur persiste encore, mais sans réveiller aucune réaction morbide. Telle est la terminaison de beaucoup de myomes méconnus pendant la vie qu'on trouve à l'autopsie chez les vieilles femmes. Mais cette évolution n'est pas une règle.

Lawson-Tait, persuadé de l'influence heureuse qu'exerce la cessation des règles sur le développement des myomes, a pratiqué la castration ovarienne bilatérale dans le but de provoquer par une ménopause anticipée leur atrophie. Il obtint, d'ailleurs, de nombreux succès.

Rubeska conseille d'autant plus l'expectative au cours de l'évolution des myomes que la malade est moins éloignée de la ménopause.

La disparition complète des myomes, dit Cameron, n'a jamais lieu, mais l'atrophie survient habituellement après le retour d'âge.

Tous les praticiens, dit Tillaux, ont depuis longtemps, observé que les myomes dont la structure est en définitive sensiblement la même que celle du tissu utérin, participent à l'atrophie, à la régression que subit ce tissu à la ménopause. Un myome est, par conséquent, d'autant

moins grave que la femme approche davantage de la cinquantaine.

Dans la majorité des cas, dit Siredey, alors même qu'ils ont donné lieu à divers accidents pendant la vie génitale, les myomes ont une tendance à s'atrophier après la ménopause, ou tout au moins, ils restent silencieux et cause de moins en moins de gêne à partir de cette époque.

Tedenat a constaté que environ 80 % de myomes utérins subissent une atrophie considérable à l'époque de la ménopause. Cette atrophie équivaut à une véritable guérison.

*b) Influence défavorable de la ménopause
sur l'évolution du myome*

Forgues (tome II, p. 1219), dit :

Il est classique d'admettre que la ménopause amène dans les myomes une condensation fibreuse de leur masse, un arrêt de leur développement, une diminution de leur volume. De là cette intervention souvent tentée autrefois : la production d'une ménopause anticipée par castration tubo-ovarienne. Il s'en faut malheureusement que l'âge critique marque pour ces tumeurs un temps d'arrêt constant. Nous enseignons au contraire que l'on voit fréquemment des myomes, jusque-là tolérés, se compliquer à cette période de la vie, des phénomènes hémorragiques ou douloureux. Il s'en faut que la ménopause soit le signal de l'arrêt de développement des myomes. Trop souvent et nous insistons sur cette observation clinique, l'apparition ou l'aggravation des accidents coïncident avec l'âge critique.

Il est de tradition dit Noble d'affirmer que si les corps myomateux de l'utérus sont très nombreux, ils n'ont occasionné rarement des accidents graves, leur évolution cesse avec la ménopause et qu'ils causent exceptionnellement la mort.

Noble s'élève contre cette doctrine.

D'après Bedford-Fenwick, les myomes utérins continuent à s'accroître après la ménopause et parfois même ils s'aggravent plutôt qu'ils ne s'amendent.

Ch. Ryall, ne croit pas non plus à la disparition de ces tumeurs à ce moment de la vie.

Il est faux, écrit Arvain James, que la situation change avec la ménopause. Dans beaucoup de cas la tumeur croît plus rapidement à ce moment de l'existence.

Eastmann est du même avis.

« Gardons-nous bien dit Jacobs, de laisser espérer aux malades atteintes de myomes la guérison au retour d'âge. Mettons, au contraire notre responsabilité à l'abri, en réservant notre pronostic. »

Riddle-Goffe se fait une règle d'enlever tout myome découvert chez une femme même pendant la période de la vie sexuelle, car ils ne tendent pas à disparaître avec la cessation des règles.

Shoemaker considère comme une hérésie médicale l'opinion populaire qui fait admettre que les myomes utérins diminuent de volume ou cessent de croître après la ménopause. Il dit avoir opéré plusieurs malades qui ont attendu jusqu'à l'âge de 50 à 55 ans sans voir les accidents disparaître et qui se sont finalement décidées à l'opération en raison des hémorragies graves et progressives, des attaques de péritonites ou de salpingites, tandis

que la santé des malades était gravement compromise par le retentissement de la maladie sur le cœur et les reins.

Piquand est d'avis que si parfois la ménopause amène une amélioration des troubles fonctionnels ou exceptionnellement la disparition des myomes, la période qui les précèdent est dangereuse dans la grande majorité des cas.

Les myomes découverts seulement au voisinage de la ménopause c'est-à-dire au delà de 40 ans ou plus tard chez des femmes qui n'en présentaient aucune trace antérieurement et ceux qui longtemps stationnaires et silencieux, augmentent rapidement à cet âge, ont généralement une marche défavorable.

Si on voit au voisinage de la ménopause ou après la cessation des règles un myome jusque là peu gênant, prendre un développement rapide, devenir douloureux, s'accompagner d'ascite sans donner lieu à des hémorragies, on devra craindre un sarcome (J.-L. Faure).

« Plus souvent, on assistera à la recrudescence des hémorragies qui prendront de plus en plus le type continu ou bien, quelques mois, quelques années après la ménopause, le sang réapparaîtra de nouveau, tantôt par poussées régulières, tantôt sous la forme d'un suintement continu. En présence de ces pertes de sang, on se hâtera de recourir à un curetage qui confirmera l'apparition d'un épithélioma. »

Lorsque la malade approche de la ménopause, il est souvent difficile de donner un conseil. Si le myome, même assez volumineux, ne détermine aucun trouble sérieux, s'il n'existe pas de modification des urines pouvant faire croire à une altération rénale, s'il n'y a pas

d'hémorragies exagérées, on est en droit de compter sur une amélioration spontanée au moment où les règles disparaissent, et on se bornera à surveiller la malade. Mais si, au moment de la ménopause, un myome jusque-là silencieux commence à provoquer quelques troubles, s'il saigne, s'il grossit, s'il cause des douleurs, le fait pour la malade d'être à la ménopause est au contraire une indication de plus pour agir. Car si la ménopause est le moment où les myomes régressent, suivant quelques auteurs, et où leurs inconvénients s'atténuent, elle est aussi le moment où ils dégénèrent et où ils prennent une allure maligne.

Faure a écrit : « à l'inverse des autres tumeurs, le myome est susceptible d'une guérison spontanée. Parfois, il s'énuclée lui-même vers la cavité utérine et est ensuite expulsée par des contractions énergiques. Il n'est pas très rare de voir chez des femmes accouchées des fibromes volumineux et guérir radicalement. Il est moins rare encore de voir à l'époque de la ménopause, le myome cesser de croître et diminuer de volume pour disparaître peu à peu. Il ne faudrait pas cependant trop compter sur cette disparition, car si la ménopause est parfois favorable, elle est aussi particulièrement dangereuse : c'est à ce moment qu'on voit le myome s'arrêter dans son évolution, mais c'est à ce moment aussi qu'on le voit tout à coup prendre une allure plus rapide, changer de caractère et se transformer en une tumeur de mauvaise nature.

Enfin, pour quelques auteurs, la ménopause peut être funeste dans certains cas de myomes. On peut rencontrer l'accroissement du néoplasme ; chez quelques malades,

on a constaté que le myome a présenté la transformation sarcomateuse ou bien on observe la formation de noyaux secondaires dans la partie sous-muqueuse de l'organe. Il arrive encore que la tumeur devient fluctuante et subit un travail inflammatoire qui rétrécit la paroi utérine et aboutit à une perforation ; on peut voir aussi survenir des hémorragies de cause inconnue contre lesquelles une intervention devient nécessaire. Winter a opéré 19 fois des femmes qui se trouvaient en pleine ménopause ; 9 fois même il dut pratiquer une hystérectomie totale.

*c) La présence du myome retarde l'apparition
de la ménopause*

1° Opinion des auteurs. — A vrai dire, les myomes semblent retarder le moment où cessent les règles. Déjà Nélaton avait signalé que la ménopause était plus tardive que de coutume.

Arvain James dit que la ménopause est souvent retardée de 8 à 10 ans au moins.

Tedenat a vu la ménopause retardée jusqu'à 52 ou 55 ans chez nombre de femmes porteuses de myomes.

Lawson Tait, Shœmacker et d'autres chirurgiens ont dû opérer des femmes qui avaient largement dépassé la cinquantaine en raison des véritables hémorragies menstruelles.

Lawson Tait pense que la présence d'un myome retarde souvent la ménopause indéfiniment, puisqu'il a dû opérer des femmes de 60 ans pour des hémorragies menstruelles.

Pour Stopin, il est vrai que l'évolution du myome est retardée ainsi que la cessation des règles.

Pour Parsons, la cessation des règles survient habituellement très tardivement chez les femmes porteuses d'utérus myomateux et, en général, ces tumeurs cessent de s'accroître et diminuent de volume.

Si l'on admet que les myomes peuvent rétrocéder à la ménopause, par contre, il se produit très souvent un retard sérieux dans la cessation des règles. Les malades voient encore survenir pendant des années, 8, 10 à 15, leurs hémorragies menstruelles.

D'après Kleinvachter, dans 67 % des cas, la ménopause est retardée jusqu'après 50 ans, tandis que sur 100 femmes non myomateuses, 11 seulement atteignent leur retour d'âge après 50 ans. Sur 50 hystérectomies abdominales, Haultain a trouvé :

80 malades ayant de 40 à 50 ans.

8 malades ayant de 50 à 60 ans.

20 malades ayant plus de 60 ans.

Sur les 8 malades de 50 à 60 ans, une seule avait atteint la ménopause.

De ce petit aperçu, on voit que les auteurs classiques avaient déjà formulé l'idée de la ménopause retardée et certain nombre d'entre eux l'avaient déjà entrevue.

Actuellement c'est M. le Professeur Villard qui veut attirer l'attention sur ce point important de la ménopause retardée, point qui pour ainsi dire n'était qu'effleuré par les autres auteurs.

Nous allons maintenant exposer les observations et statistiques qui pourraient nous aider dans cette étude :

2° Nous avons trouvé dans une *thèse de Lyon*, 1910, par M. le Docteur Emile Guillaume des documents provenant de la pratique de M. le Docteur Albertin et que nous pouvons utiliser pour le point particulier qui nous intéresse.

1. — Statistique du Docteur Albertin

TABLEAU A
Fribromateuses de 45 à 50 ans

NOMS	AGE	RÈGLES	MÉNOPAUSE
Doz...	48	toujours réglée	0
Mars...	46	actuellement réglée	0
Fio...	46	— —	0
Cha...	46	— —	0
Rob...	46	— —	0
Rib...	46	— —	0
Mou...	47	— —	0
Mon...	50	— —	0
Cha...	50	supprimées	50 ans
Tis...	45	toujours réglée	0
Rob...	47	— —	0
Bar...	45	— —	0
Bu...	45	— —	0
Chev...	46	— —	0
Cho...	47	— —	0
Gen..	45	— —	0
Pit...	45	— —	0
Mar...	47	— —	0
Aug...	46	— —	0
Com...	47	— —	0
Dur...	47	— —	0
Bou...	47	— —	0
Cal...	45	— —	0
Bri...	47	— —	0
Biv...	45	— —	0
Lau...	46	— —	0
Del...	48	— —	0
Gra...	49	— —	0

NOMR	AGE	RÈGLES		MÉNOPAUSE	
Beil...	49	—	—	0	
Com...	48	—	—	0	
Eym...	46 $\frac{1}{2}$	—	—	0	
Gar...	47	—	—	0	
Bla...	46	—	—	0	
Tro...	48	—	—	0	
Per...	46	—	—	0	
Vin...	49	—	—	0	
Mel...	47	—	—	0	
Gur...	45	—	—	0	
Ber...	46	—	—	0	
Dom...	47	réglée actuellement		n'est pas encore venue	
Per...	46	—	—	—	—
Mor...	46	—	—	—	—
Gra...	45	—	—	—	—
Bou...	46	—	—	—	—
Boi...	45	—	—	—	—
Ble...	51	—	—	—	—
Bel...	47	—	—	—	—
Bau...	47	—	—	—	—
Noi...	46	—	—	—	—
Mai...	40	—	—	—	—
Lou...	46	—	—	—	—
Sel...	46 $\frac{1}{2}$	—	—	—	—
Ver...	45	—	—	—	—
Chav...	46	—	—	—	—
Dal...	45	—	—	—	—
Fou...	45	—	—	—	—
Bonn...	49	—	—	—	—
Rob...	47	—	—	—	—
Per...	45	—	—	—	—
Pre...	45	—	—	—	—
Pot...	45 $\frac{1}{2}$	—	—	—	—
Bla...	45	—	—	—	—
Ail...	48	—	—	—	—
Far...	49	—	—	—	—
Vil...	45	—	—	—	—
Duf...	49	—	—	—	—
Fra...	48	—	—	—	—

NOMS	AGE	RÈGLES	MÉNOPAUSE
Gau...	45	— —	n'est pas ménopausée
Gue...	49	— —	— —
Bar...	45	0 0	45 ans
Bre...	49	toujours réglée	n'est pas ménopausée
Arn...	46	— —	— —
Roe...	48 $\frac{1}{2}$	— —	— —
Rond...	46	— —	— —
Col...	48	— —	— —
Ch....	47 $\frac{1}{2}$	— —	— —
Hub...	45	— —	— —
Sau...	46	— —	— —
Corb...	47	— —	— —
Dau...	45	— —	— —
Noy...	45	— —	— —
Char...	47	— —	— —
Rev...	46	— —	— —
Bug...	46	— —	— —
Dan...	46	— —	— —
Gou...	48	— —	— —
Pit...	48	— —	— —
Cha...	48	— —	— —
Gus...	45	— —	— —
Red...	48	— —	— —
Bey...	46	— —	— —
Pon...	46	— —	— —
Cle...	46	— —	— —
Fl...	45	— —	— —
Buc...	45	— —	— —
Lio...	45	— —	— —
The..	46	— —	— —
Roc...	48	— —	— —
Tur...	48	— —	— —
Per...	45	— —	— —
Pou...	49	— —	— —
Vid...	48	— —	— —
Ser...	48	— —	— —
Hip...	45	— —	— —
Cham..	45	— —	— —
Fal...	46	— —	— —

TABLEAU B
Fibromateuses âgées de plus de 50 ans

NOMS	AGE	RÈGLES		MÉNOPAUSE
Mor...	51	réglée actuellement		n'est pas ménopausée
Lou...	50	—	—	— —
Lév...	53	—	—	— —
Lia...	51	—	—	— —
Lau...	50	—	—	— —
Bon....	52	—	—	— —
Var...	51	0	0	ménopause à 49 ans
Her...	52	—	—	n'est pas ménopausée
Val...	50	plus de règles		ménopause à 49 ans
Val...	57	—	—	ménopause à 52 ans
Lap...	51	réglée actuellement		n'est pas ménopausée
Pap...	56	plus de règles		ménopause à 56 ans
Bouv...	57	—	—	— à 49 ans
Ser...	63	réglée actuellement		n'est pas ménopausée
Ver...	50	—	—	— —
Pau...	51	réglée actuellement		— 0
Ben...	64	0	0	ménopause à 57 ans
Bil...	64	0	0	— à 60 ans
Bon...	52	réglée actuellement		n'est pas ménopausée
Dis...	51	—	—	— —
Dar...	50	—	—	— —
Fau...	54	—	—	— —
Fra...	53	—	—	— —
Lev....	51	—	—	— —
Mau...	50	0	0	à 50 ans
Mer...	51	0	0	à 49 ans
Rev...	54	0	0	à 52 ans
Mou...	57	0	0	à 55 ans
Bon...	53	0	0	à 50 ans
Fil...	50	0	0	à 50 ans
Ört...	51	0	0	à 51 ans
Sup...	56	réglée actuellement		n'est pas ménopausée
Vau...	50	—	—	— —
Seg....	54	—	—	— —

NOMS	AGE	RÈGLES		MÉNOPAUSE
Mat...	53	—	—	0
Dur...	51	—	—	0
Bol...	50	—	—	0
Char...	53	—	—	0
Giv...	54	—	—	0
Laur...	52	—	—	0
Sch....	51	0	0	à 50 ans
H...	50	réglée actuellement	n'est pas	ménopausée
Chab...	62	réglée actuellement	n'est pas	ménopausée

Le premier tableau montre que parmi 106 femmes myomateuses âgées entre 45 et 50 ans, deux seulement ont eu leur ménopause, l'une à l'âge de 49 ans, l'autre à 50 ans, c'est-à-dire, 2 % seulement, ce qui donne 98 % de ménopause retardée.

Le deuxième tableau nous montre que parmi 43 femmes myomateuses âgées au-dessus de 50 ans, 8 seulement ont eu leur ménopause avant l'âge de 50, c'est-à-dire 39 femmes ont leur ménopause retardée après 50 ans, ce qui donne une proportion de 81 % de ménopause retardée.

Nous pouvons schématiser le résultat de ces observations dans le tableau suivant :

	Nombre de cas	Ménopause avant 50 ans	Ménopause retardée
Femmes âgées de 45 à 50 ans.....	106	2 %	98 %
Femmes âgées de plus de 50 ans.....	43	19 %	81 %
Total des cas...	149	7 %	93 %

2. — Statistiques personnelles

(Observations de M. le Professeur Villard)

Nous avons fait des recherches personnelles dans les observations de la pratique de M. le Professeur Villard.

Parmi les très nombreuses observations de myomes, nous n'avons pu utiliser que certaines d'entre-elles.

En effet il n'est pas rare de trouver dans une observation qui n'est pas prise dans un but déterminé, le renseignement exact que l'on cherche.

Aussi n'avons nous conservé que 43 d'entre elles. Ce sont les observations que nous publions dans le tableau suivant (voir pages 42 à 48).

On peut schématiser le résultat de nos 43 observations dans le tableau suivant :

	Nombre de cas	Ménopause avant 50 ans	Ménopause retardée
Femmes âgées de 45 à 50 ans.....	27	0 %	100 %
Femmes âgées de plus de 50 ans.....	16	12 %	88 %
Total des cas...	43	7 %	93 %

4° Que conclure de ces différents documents ?

Tout d'abord le nombre des observations que nous apportons (192 cas) est suffisamment important pour que l'on soit convaincu de la fréquence de la ménopause retardée.

D'autre part il est curieux de constater que la recherche du pourcentage total aboutit à des chiffres tout-à-fait identiques pour les deux statistiques que nous publions.

En effet dans la statistique de nos observations on trouve 7 % de ménopause avant 50 ans, c'est-à-dire 93 % de ménopause retardée.

Ce sont également ces deux chiffres de 7 % et de 93 % qui sont le résultat de la statistique des observations de M. le Docteur Albertin.

Kleinwachter a publié une statistique montrant que, dans 67 % des cas de myomes, la ménopause est retardée après 50 ans.

Selon notre avis cette différence peut être due au chiffre de 50 ans qui est difficile à préciser et qui est à cheval

Les Observations dans le Service de M. le Professeur Villard

Années	Pages	NOMS	Ages	RÈGLES AVANT MYOME	RÈGLES APRÈS			
					QUALITÉ	QUANTITÉ	DURÉE	INTERVALLE
1908	29	Marie...	53	réglée à 15 ans; peu abondantes 2 à 3 jours, tous les mois. Affection actuelle remontée à 2 ans. Elle a remarqué les modifications suivantes de ses règles. (Voir règles après).	caillots plus sang puis plus tard blanchâtre rose et aqueuse et presque continuellement.	assez abond.	prolongée.	rapproché.
1909	372	Julie...	<u>51</u>	régulières et n'ont jamais cessé de venir. Durée 2 jours, sans douleurs. Il y a un an une durée anormale de 40 jours très abondante et depuis elle perd souvent et très abondamment.	rouge.	très abondante.	très prolongée.	rapproché et accompagné de pertes blanches assez rares.
1909	417	Aga...	<u>51</u>	régulières; n'a pas encore vu la ménopause, au contraire depuis 5 ans ses règles sont devenues très abondantes et durent 8 à 15 jours au lieu de 2 ou 3. Depuis 3 ans les ménorragies s'accroissent.	rouge.	très abondante.	prolongée.	très rapproché, espacées de quelques jours d'intervalle et accompagné de pertes blanches.
1909	441	Anna...	54	régulières mais assez abondantes; durée de 8 à 10 jours. A l'âge de 46 ans la durée devient 15 à 20 jours. Depuis 8 mois aux ménorragies succèdent des métrorragies. La menstruation n'est plus régulière avec des pertes capricieuses.	rouge.	très abondante.	presque continue.	presque pas d'intervalle.
1910	35	Philo...	49	assez régulières. Il y a 3 mois, malade prise de métrorragies abondantes.	rouge et quelques pertes blanches.	abondante.	prolongée.	sans intervalle.

1910	103	Mar...	63	Depuis 4 ans la malade voit ses règles se produire tous les 15 jours.	pertes blanches jaunâtres.	abondante.	prolongée.	pertes presque continues.	ment ou 10.
1911	32	Elis...	52	réglée à 17 ans régulièrement ; à 44 sa ménopause et n'a jamais reperdu depuis.	rouge.				
1912	52	Jean...	49	réglée à 17 ans. La maladie remonte à 18 mois et la malade n'avait jamais cessé d'être réglée. Elle vit ses règles devenir abondantes	rouge.	très abondante.	capricieuse.	d'abord régulier puis non précisé.	
1912	95	Franç...	55	réglée à 13 ans régulièrement jusqu'au mois de juillet 1911. Entrée à l'hôpital 4-3-1912. En juillet 1911 elle a eu au moment de ses règles une perte très abondante qui dura 10 jours.	rouge.	abondante.	prolongée.	plus court.	
1912	99	Franç...	51	réglée à 17 ans régulièrement Il y a deux ans elle présente encore les règles tous les 2 ou 3 mois; elles n'ont jamais cessé complètement.	rouge plus caillots.	abondante.	très prolongée, une fois 3 semaines.	2 semaines.	
1914	103	Elis...	52	réglée à 13 ans régulièrement jusqu'il y a un an. Depuis un an elle marque quelques modifications de ses règles, elles avancent.	rouge et quelques pertes blanches.	très abondante.	prolongée.	tous les 15 jours	
				régulières; depuis 6 ans elle remarqua règles plus abondantes. Depuis 3 ans surtout augmentent considérablement, jamais des pertes entre ses règles. Depuis 6 mois règles abondantes plus métrorragies.					

Les Observations dans le Service de M. le Professeur Villard (Suite)

Années	Pages	NOMS	Ages	REGLES AVANT MYOME	RÈGLES APRÈS			
					QUALITÉ	QUANTITÉ	DURÉE	INTERVALLE
1914	129	Jul...	45	régulières; depuis 3 ans elle remarqua l'augmentation de ses règles et d'une durée plus longue et avançaient de 2 ou 3 jours, 1 ou 2 fois seulement elle a eu des métrorragies légères.	rouge.	très abondante.	plus longue.	plus court puis- que les règles avançaient.
1917	253	Rei...	46	régulières; depuis 3 mois règles abondantes et irrégulières.	rouge.	abondanté.	prolongée.	plus court.
1917	85	Mar...	45	régulières; mais depuis 6 mois règles abondantes.	rouge.	abondante.	2 à 3 semaines.	plus court.
1919 4 tév.	33	Lanç...	50	réglée depuis l'âge de 14 ans très régulièrement, avait eu en juin et juillet des métrorragies abondantes d'un sang contenant caillots.	rouge d'abord puis plus tard rose et caillots.	abondante.	3 semaines.	8 jours.
1919	42	Lou...	47	réglée à 16 ans régulièrement. Il y a 10 à 11 ans qu'elle s'est aperçu d'une tumeur. En même temps les règles restaient régulières jusqu'à il y a quelques mois, elles sont plus abondantes.	rouge sans caillots.	abondante et les règles qui décroissaient au 3 ^e jour pour disparaître au 5 ^e restent actuelles. abond. pendant 4 à 5 jours.	augmentée.	plus court.
1919	145	Val...	46	réglée à 43 ans régulièrement. Depuis 2 ans la malade a des règles abondantes.	rouge sans caillots et depuis 3 mois pertes blanches.	abondante.	augmentée.	écourté.

16 sept.			En octobre 1918 la malade a remarqué l'augmentation de ses règles.	lots.				court qu'autre- fois puisqu'elle avançait de 40 à 42 jours.
1919	232	Marc...	53	réglée à 15 ans normalement, avançant de 5 à 40 jours; début des pertes 7 à 8 ans, qui venaient au moment des règles.	rouge et peu de pertes blanches.	très abondante.	15 jours.	court.
1920	85	Ber...	47	réglée à 14 ans. Règles irrégulières au début. Elle n'a pas encore eu interruption de règles. Depuis novembre la malade a remarqué les modifications marquées suivantes. (Voir règles après).	rouge plus caillots. Pertes blanches, inodores dans l'intervalle.	beaucoup plus abondante.	beaucoup plus longue, quelquefois 15 j.	court avec pertes blanches inodores.
1920	272	Pin...	47	réglée à 15 ans régulièrement jusqu'à il y a 2 ans, où elles sont devenues irrégulières. Réglée actuellement.	rouge.	augmentée.	plus longue.	court.
1921	6	Ali...	46	réglée régulièrement. Depuis 3 ans 1/2 elle s'aperçoit des troubles suivants. (Voir règles après). Réglée actuellement.	rouge.	augmentée.	augmentée.	rien dans l'intervalle.
1921	36	Ant...	48	Réglée à 13 ans 1/2 régulièrement jusqu'en 1919. Réglée actuellement.	sang rouge plus quelq. caillots.	très abondante (ménorragies).	10 à 15 jours à une période plus avancée. Durée: 3 semaines.	court et accompagné de ménorragies de 2 ou 3 jours.
1921	85	Franç...	50	réglée régulièrement tous les mois durant 3 ou 4 jours jusqu'il y a 7 ans où elle remarqua les troubles suivants. (Voir règles après). Réglée toujours.	parfois des caillots.	plus abondante.	prolong. 8 jours environ.	court, 2 fois par mois au lieu d'une.
1921	420	Vir...	52	réglée à 14 ans régulièrement jusqu'il y a 5 ans où elle remarqua les troubles suivants. (Voir règles après). Réglée toujours.	rouge.	plus abondante.	prolongée.	court, les règles venaient plus souvent.

Les Observations dans le Service de M. le Professeur Villard (Suite)

Années	Pages	NOMS	Ages	REGLES AVANT MYOME	REGLES APRÈS			
					QUALITÉ	QUANTITÉ	DURÉE	INTERVALLE
1921	213	Char...	49	réglée à 18 ans irrégulièrement au début. Il y a 2 ans elle remarqua les troubles suivants. (Voir règles après).	des caillots.	plus abondante.	prolongée.	quelques pertes blanches.
1921	224	Mari...	49	réglée à 41 ans régulièrement jusqu'il y a 2 ans où elle remarqua les troubles suivants. (Voir règles après).	caillots.	plus abond.	prolon. 40 jours au lieu de 8.	écourté.
1922	37	Math...	52	réglée à 45 ans régulièrement jusqu'il y a 2 ans. Régée tous jours.	caillots.	beaucoup plus abondante.	8 jours au lieu 4 jours.	écourté.
1922	53	Henr...	53	réglée régulièrement, mais abondamment. Depuis 1 an elle remarqua les troubles suivants de ses règles. (Voir règles après).	caillots.	plus abond.	prolongée.	plus court.
1922	204	Jul...	49	réglée à 40 ans régulièrement et normalement. Il y a 4 ou 5 ans elle remarqua les troubles suivants. (Voir règles après). Régée tous jours.	rouge vif plus caillots.	plus abond.	prolon. 8 jours.	court et accompagné de pertes rouge vif.
1922	416	Mar...	46	réglée à 14 ans très normalement. Depuis quelques années elle remarqua les troubles suivants. (Voir règles après).	rouge.	plus abond.	prolongée.	pertes blanches et métrorragies.
1923	37	Franç...	52	réglée régulièrement jusqu'en 1914 où elle remarqua les modifications suivantes. (Voir règles après).	rouge.	plus abond.	prolon. 12 jours ou plus.	court et accompagné de métrorragies.

1923	157	Ann...	49	ment. Affection actuelle remonte à 2 ans. Malade remarqua. (Voir règles après). Régée tous jours.	blanches.	rouge plus caillots plus liquide clair rosé, odeur fétide tachant le linge.	très abond.	prolongée.	2 jours d'arrêt, puis écoulem. de 1 ou 2 jours.
1924	8	Clau...	54	réglée à 13 ans régulièrement, mais règles peu abondantes. Depuis 8 mois elle remarque les modifications suivantes. (Voir règles après).	pertes rougeâtres.	assez abond.			
1924	29	Bat...	46	réglée à 12 ans régulièrement. Affection actuelle remonte à 12 mois. Depuis 2 ans la malade n'est plus réglée actuellement, sans cause appréciable elle a présenté des pertes d'abord intermittentes puis continuelles, ne sont pas franchement rouges mais plus rosées ou jaunâtres.	rouge plus caillots.	plus abondante.	15 jours.		court, quelquefois 3 semaines.
1924	34	Prov...	46	réglée à 13 ans régulièrement. Affection actuelle a débuté en octobre. Le 4 octobre la malade avait été réglée régulièrement 4 jours. Le 24 octobre règles revenues plus abondantes puis le 16 décembre et le 8 janvier.	rouge parfois rosée.	très abond.		8 à 10 jours, actuellement malade, réglée depuis le 17 janv. sans arrêt.	court.
1924	52	Roy...	48	réglée à 13 ans régulièrement. Affection actuelle il y a 3 ans. (Voir règles après). Toujours réglée.	très rouge plus caillots.	plus abondante qu'ultérieurement. Le 20 déc. règles normal. 8 jours.		plus longue une fois 8 jours. Depuis le 6 fév. malade perd continuellement.	court, puisque règles avancent.

Les Observations dans le Service de M. le Professeur Villard (Suite)

Années	Pages	NOMS	Ages	RÈGLES AVANT MYOME	RÈGLES APRÈS			
					QUALITÉ	QUANTITÉ	DURÉE	INTERVALLE
1924	73	Grat...	<u>58</u>	réglée à 14 ans régulièrement. Ménopause à 49 ans. Depuis l'âge de 42 ans jusqu'à la ménopause malade remarqua. (Voir règles après).	rouge.	très abondante.	18 à 20 jours.	plus court.
1924	82	Dem...	48	réglée à 14 ans régulièrement. Affection actuelle il y a 2 ans. Depuis elle a remarqué. (Voir règles après).	rouge.	très abondante.	6 à 7 jours au lieu de 5.	court.
1924	155	Roch...	47	réglée à 18 ans régulièrement. Depuis 2 ou 3 ans elle remarqua. (Voir règles après).	rouge sans caillots.	plus abond.	plus longue, plusieurs jours au lieu de 4 ou 5 seulement.	court, car les règles avançaient parfois.
1924	163	Del...	49	réglée à 15 ans régulièrement 3 ou 4 jours. Depuis 3 ans elle remarqua ses règles devenir. (Voir règles après).	rouge plus caillots plus pertes blanches.	plus abond.	plus longue 8 à 15 jours.	
1924 11 oct.	198	Veu...	47	réglée à 17 ans régulièrement 4 à 5 jours. Depuis Pâques elle remarqua. (Voir règles après).	rouge plus caillots gros et abondants.	plus abond.	plus longue.	court: la malade arrive à perdre continuellement.

entre le cas de ménopause atteinte avant la 50^e année et une ménopause retardée.

D'autre part Gupillaume dit dans sa thèse : « D'une façon générale, on peut affirmer que le myome utérin entraîne un retard parfois très grand dans l'arrêt physiologique des fonctions génitales chez la femme. Parmi les malades opérées entre 45 à 50 ans, nous n'en avons pas trouvé une seule qui ait atteint la ménopause. »

C'est dire que 100 % de ces femmes ont leur ménopause retardée. Mais c'est exactement le même chiffre que nous avons trouvé dans nos observations personnelles.

Chez certaines femmes, jusqu'à 50 ou 55 ans, aucun symptôme n'attire l'attention du côté de l'utérus et le retard de la ménopause marque le début de l'affection.

D'ailleurs dans un article sur la ménopause publié dans (*The American Journal of Obstetrics*, 1919) par C.-C. Narris. M. D. nous avons trouvé les conclusions suivantes :

1° Une ménopause caractérisée par des pertes irrégulières traînant plus de 12 mois doit être soupçonnée et un examen gynécologique est indiqué.

2° Une ménopause qui traîne plus de 14 mois chez une multipare ou nullipare est d'une telle rare constatation (8 %) dans mes statistiques, qu'un examen gynécologique est formellement indiqué.

3° Toute augmentation dans la quantité de pertes à la ménopause est un indice d'une lésion pathologique (myome souvent) tandis que les pertes n'augmentent pas l'état d'une ménopause normale.

Il découle de tout ce qui précède que le myome utérin est le facteur important dans la ménopause retardée. •

CHAPITRE III

Conceptions pathogéniques

Après ces constatations on est en droit de demander pourquoi les myomes amènent la persistance des règles. On peut selon M. le Professeur Villard provoquer deux hypothèses pour expliquer la persistance des règles.

1° Une pathogénie ovarienne.

2° Une pathogénie utérine.

La pathogénie ovarienne

Terrier dit dans la *Revue de Chirurgie*, 1884, p. 1 (v. p. 3) « Après la ménopause, le développement de néoformation ovarienne paraît déterminer des phénomènes congestifs du côté de l'utérus, d'où la réapparition d'un écoulement sanguin plus ou moins irrégulier.

P. Moulonguet-Dolérès se rattache à cette hypothèse et a écrit un article dans ce sens où il dit : « S'il est une notion classique en pathologie chirurgicale, c'est que les

métrorragies survenant quelques années après une ménopause complète sont symptomatiques d'un cancer du corps de l'utérus.

« Nous ne prétendons pas nous élever contre le bien fondé de cette notion dans la majorité des cas et l'expérience de chaque jour nous a confirmé la fréquence du cancer du corps utérin; *mais nous voulons attirer l'attention sur une cause de métrorragies après la ménopause, à savoir le développement des néoplasies ovariennes solides ou kystiques.* »

« Certains auteurs, et notamment Dalché, ont insisté sur des métrorragies séniles et non cancéreuses dont les causes seraient la métrite sénile, les polypes utérins, voir un rétablissement tardif de la fonction menstruelle dit : « Rappel de règles ». « Mais toutes ces causes sont exceptionnelles et ne peuvent être admises que si un examen clinique très soigneux et au besoin une biopsie permettent d'écarter le diagnostic de cancer. *Au contraire, les métrorragies après la ménopause dues au développement d'une néoformation ovarienne ne sont pas rares.* »

« L'étude anatomo-pathologique de 7 pièces nous a montré qu'en dehors des métrorragies, la tumeur ovarienne produisait au niveau de l'utérus toute une série de phénomènes tendant à rendre à cet organe l'activité qu'il avait perdue lors de la ménopause; c'est ce que nous appelons la « *Réactivation* » de l'utérus sénile d'origine ovarienne. »

D'après cette hypothèse on peut dire que dans le cas de myomes utérins, l'ovaire excité par leur présence, provoque la persistance des règles. M. le professeur Villard ne croit pas à cette pathogénie. Passons alors à l'autre hypothèse.

La pathogénie utérine

Ici, les myomes agiraient directement sur la muqueuse utérine et c'est par cette action que les règles persistent. On peut d'après cette théorie admise par M. le professeur Villard hypothéser que la ménopause se fait en deux temps : 1° un temps de ménopause apparente ; 2° un temps de ménopause vraie.

1. — Ménopause apparente

Les règles sont supprimées, mais les pontes ovulaires persistent. On a rencontré parfois des personnes chez lesquelles la grossesse a précédé la menstruation, exemple qui montre que le pouvoir sexuel peut arriver à son complet développement sans se manifester par ses signes extérieurs. En présence de pareils faits, les médecins d'autrefois étaient bien plus embarrassés que nous, qui savons que le flux sanguin n'est pas l'acte essentiel de la menstruation et que sans lui la maturation et l'expulsion de l'ovule peuvent s'accomplir. On a cité le cas d'une femme, n'ayant jamais été menstruée, se maria et devint immédiatement enceinte. Ses règles n'apparurent qu'après la naissance de son premier enfant.

Dans les remarquables leçons de cliniques du regretté maître Aran, on trouve (p. 272) la relation d'un fait très curieux et qui mérite d'être mentionné. Il a été observé par l'auteur lui-même. Il s'agit d'une femme mère de neuf enfants qui n'avait jamais été réglée, excepté lors-

qu'elle était enceinte, à l'inverse de toute autre femme, elle concluait à l'existence d'une grossesse dès qu'elle voyait le sang se montrer de nouveau vers les parties génitales.

Ces faits montrent qu'il n'y a pas un rapport absolu entre l'ovulation et les règles, et l'ovulation peut bien se produire et continuer sans se manifester par ses signes extérieurs.

Nous pouvons dire qu'il y a une réactivation de l'utérus en présence d'un myome par une action directe sur l'utérus, et non pas par l'intermédiaire de l'ovaire selon l'hypothèse de la pathogénie ovarienne. Les myomes entretiendraient la muqueuse utérine dans son état adulte et retarderaient la ménopause apparente.

2. — Ménopause vraie

Ici l'ovaire est devenu sénile et les pertes ne se font plus ni à l'intérieur ni à l'extérieur.

Argumentations en faveur de cette théorie

Arguments d'ordre clinique

1° La menstruation n'est qu'un phénomène extérieur du cycle ovulaire et sa suppression ou sa réapparition n'ont pas une valeur absolue. De Jongh décrit le cas

(*Revista di Medicina y Cirurgia de la Habana*, 1917, XXII, p. 429) d'une négresse âgée de 92 ans qui a vu reparaître ses menstrues après une suppression complète de 50 ans.

2° C'est un phénomène qui n'existe pas chez les animaux.

3° Il manque chez certaines femmes adultes fécondables et fécondées.

4° Mais l'argument le plus convaincant paraît être les cas de grossesses après la ménopause.

Il y a des ménopauses tardives que l'on a vu à 55 ans, 65 ans (Coutry), 70, 80 et 100 ans ? (Blanchard). Beaucoup de ces prétendues règles devaient être des métrorragies pathologiques. Mais lorsque le sang continue à couler périodiquement tous les mois sans phase d'interruption, et cela pendant des années, quand arrive une de ces grossesses tardives à un âge où l'on a tant de peine à y croire, il faut reconnaître que les ovaires ont conservé leur fonction.

L'ovulation n'est pas toujours morte, comme on le croit. Elle sommeille pendant un temps plus ou moins long et tombe dans un état de torpeur avant de disparaître définitivement ; parfois elle se réveille et après une période d'aménorrhée absolue, une nouvelle ovulation (Puech) provoque un retour de la menstruation et le phénomène se reproduit avec régularité les mois suivants comme une pleine vie génitale. Ce rappel du flux périodique que Gallard a vu sollicité par une passion amoureuse et qu'amèneraient d'autres influences, a été suivi de grossesses bien inattendues.

Tout d'abord une ancienne statistique de Newermann,

fréquemment reproduite, indique que sur 10.000 accouchements on en rencontre

à 41 ans.....	101
à 42 ans.....	113
à 43 ans.....	70
à 44 ans.....	58
à 45 ans.....	43
à 46 ans.....	12
à 47 ans.....	138
à 48 ans.....	8
à 49 ans.....	6
à 50 ans.....	9
de 50 à 55 ans.....	12

On peut encore citer les cas suivants rassemblés dans la littérature, concernant tous des grossesses après 55 ans :

1° Cas de Geyl : grossesse chez une femme ayant 56 ans ;

2° Cas de Kennedy : 22 grossesses, dont les 7 dernières de 56 à 62 ans ;

3° Cas de Renaudin : accouchement à 61 ans après 12 ans de ménopause ;

4° Cas de Mayer, communiqué à Hoffmann : femme accouchant à 59 ans d'un enfant vivant ; elle était depuis 55 ans irrégulièrement réglée et à longs intervalles.

Il est de croyance vulgaire que, seule une femme réglée peut concevoir. Rien n'est plus faux que cette croyance populaire.

On peut rencontrer la grossesse chez une femme non réglée et dans les trois circonstances suivantes :

- 1° Femmes n'ayant jamais été réglées ;
- 2° Femmes cessant temporairement d'être réglées ;
- 3° Femmes en état de ménopause. C'est le seul cas qui nous intéresse. Nous donnons les exemples suivants :

a) Une femme, privée de ses règles depuis six ans, devient enceinte ; elle fut réglée pendant la grossesse et ses règles disparurent ensuite ;

b) Grossesse trois ans après la disparition des règles chez une femme de 46 ans (Lemoine) ;

c) Conception à 50 ans, deux ans après la disparition définitive des règles (Deshayes, de Rouen) ;

d) Taylor a cité le cas d'une femme de 44 ans qui eut le dernier de ses neuf enfants en septembre 1836. Les règles disparurent en juillet 1838. Huit mois après elle eut son dixième enfant ;

e) Ruttel a observé une femme accouchant à 50 ans, après 19 ans de mariage stérile et 2 ans de ménopause.

En somme ces différents arguments et parmi eux surtout les cas de grossesses après la ménopause qui, bien que rares, sont incontestables, nous rendent vraisemblable cette hypothèse de la menstruation apparente et de la possibilité d'ovulation sans écoulement menstruel.

Arguments d'ordre anatomo-pathologique

Au cours des myomes utérins nous pouvons rencontrer deux ordres de modification structurales. Les unes portent sur l'ovaire et les autres sur la muqueuse utérine. Et comme nous soutenons la thèse qui dit que les règles

sont entretenues directement par les altérations utérines et non par l'intermédiaire de l'ovaire, alors c'est sur ces modifications utérines que nous allons insister.

a) LÉSIONS UTÉRINES.

- 1° La métrite hypertrophique ;
- 2° Les fongosites ;
- 3° Les polypes.

La métrite hypertrophique :

Les lésions initiales de ces métrites sont peu connues, car toutes les recherches anatomo-pathologiques qui sont faites à ce sujet se rapportent à des utérus malades depuis quelque temps déjà. Les lésions sont généralement diffuses, elles intéressent toute l'étendue de la muqueuse et empiètent plus ou moins sur le parenchyme sous-jacent. Quand on examine à un faible grossissement une coupe de l'utérus, les deux particularités qui attirent le plus vivement l'attention sont : l'épaississement de la muqueuse et les déformations de la glande. La muqueuse est jusqu'à 4 ou 5 fois plus épaisse qu'à l'état normal ; les glandes sont allongées, sinueuses en forme de tire-bouchon, elles présentent ça et là des renflements plus ou moins accentués et elles pénètrent plus profondément dans le parenchyme. On constate en même temps que le chorion muqueux a pris un développement insolite : les cellules qui le composent sont plus denses, plus serrées qu'à l'état normal, elles s'insinuent entre les glandes qu'elles séparent, refoulent et étranglent de place en place. Alors la note dominante consiste donc en une

prolifération très active des divers éléments de la muqueuse, mais ce travail ne s'accomplit pas toujours avec une symétrie parfaite. Dans certains cas, le développement des glandes semble l'emporter, tandis que dans d'autres le tissu interstitiel s'accroît beaucoup plus activement.

Les fongosités

La métrite est d'abord et surtout une endométrite : c'est-à-dire que la muqueuse de l'utérus est le siège initial de la lésion, la couche musculo-conjonctive ne s'altère que consécutivement. A l'œil nu, la muqueuse se montre épaissie. « Elle est inégale à sa surface, nous dit Cornil, elle est boursouflée, molle pulpeuse, semblable à la gelée de groseille ; sa coloration est quelquefois plus foncée et on a alors l'apparence d'une couche de sang transformée en caillots noirâtres, mous cruoxique. La muqueuse qui n'a pas plus d'un millimètre à l'état normal, atteint une épaisseur de 2, 3, 4 et 5 millimètres quelquefois même de un centimètre. Dans ce cas sa surface se granule et se couvre de végétations, de fongosités, d'où le nom de métrite fongueuse. Cette endométrite fongueuse, hémorragique, joue un rôle très important dans la production des hémorragies symptomatiques du myome.

Les polypes

Les divers types morphologiques que prend la muqueuse de revêtement sur le corps et sur le col de l'utérus, font que l'aspect microscopique du polype varie suivant son siège.

1° On sait que l'épithélium de la muqueuse du corps est représenté par une rangée unique de cellules prismatiques présentant des cils à certains moments mal précisés du fonctionnement de l'organe ; cet épithélium s'enfonce dans la profondeur sous forme de tubes faiblement ramifiés faussement appelés glandes, car ils n'ont aucune différenciation glandulaire spéciale.

La muqueuse du canal cervical est caractérisée par un épithélium cylindrique muqueux assez fixe au cours du cycle menstruel, et à aspect papillaire et par des formations glandulaires plus volumineuses, plus rares que sur le corps et à contour polycyclique. Enfin au niveau de la portion externe du col, dénommée museau de tanche, le revêtement est de type dermo-papillaire et l'épithélium est pavimenteux et stratifié. Ainsi on rencontre les types suivants :

a) Assez rarement le revêtement sera du type ectodermique. En général, dans ces cas, la lésion semble se développer sur une métrite cervicale en évolution et le polype à insertion intra-vaginal (et non intra-cervical). Son volume peut devenir assez considérable. Ces polypes nous semblent différer notablement des polypes de la cavité utérine et se rapprocher des papillomes ou végétations vaginales. Toutefois, certains polypes à insertions nettement canaliculaires présentent à l'examen un revêtement ectodermique ;

b) Si le polype se développe au niveau du col histologique, le revêtement en sera la muqueuse du col reproduite avec ses éléments presque normaux. Des aspects variés peuvent être dus à des circonstances fortuites : irritation du polype pincé par le col, allongement des

glandes dû à la pesanteur. Les formations glandulaires que renferment la masse sont de structure normale, tapissées par un épithélium cylindrique du type muqueux. En somme, ces lésions correspondent au type décrit par Kano-Moukayé sous le nom d'adénome saillant ;

c) Enfin, inséré et développé au niveau de la muqueuse du corps, le polype possède un épithélium de revêtement prismatique et des formations glandulaires tubulaires sans cellules muqueuses.

2° Le tissu conjonctif qui constitue le stroma est comme celui de la muqueuse, riche en fibres et assez pauvre en cellules. Très fréquemment il prend un aspect lâche et œdémateux qui s'accompagne d'ectasie vasculaire. Quelques rares pinceaux de fibres lisses se dissocient au milieu de ce tissu à allure de tissu conjonctif muqueux. Dans d'autres cas, notamment au niveau du fond, l'axe conjonctif de la formation polypeuse est très grêle et la consistance très molle, presque diffluente (franges, végétations polypeuses).

La co-existence de ces polypes avec les myomes utérins est assez fréquente. M. Michon, dans sa thèse, cite onze observations.

b) LÉSIONS ANNEXIELLES

Les annexes sont très souvent malades ; ce sont tantôt les trompes et tantôt les ovaires, tantôt les deux à la fois. Les salpingites sont communes et il n'en saurait être autrement, car les troubles circulatoires et les lésions de la muqueuse utérine sont autant de causes propices à l'infection. Parfois on rencontre simplement un peu de

salpingite catharrale, parfois d'anciennes lésions d'hydrosalpinx. Il est extrêmement commun de rencontrer des ovaires scléro-kystiques en dehors de toute infection appréciable et la fréquence de ces dégénérescences est une raison qui milite en faveur de la suppression des ovaires au cours des hystérectomies pour myomes.

Mais ces lésions, quoique fréquentes, sont loin d'être constantes, et nombreux sont les cas dans lesquels on ne trouve aucune lésion pathologique, ni à l'examen microscopique, ni à l'examen histologique.

En somme, il semble bien que par suite de la présence portant surtout sur la muqueuse utérine qui font que cette muqueuse diffère beaucoup par ses caractères de la muqueuse de l'utérus sénile.

Nous croyons que c'est peut-être par suite de ces modifications que la menstruation est encore possible et que la ménopause apparente est supprimée par une ménopause retardée.

CONCLUSIONS

I. — Il est classique de dire que la ménopause arrête l'évolution des myomes utérins. Il serait plus exact de dire que les myomes reculent la date de la ménopause.

II. — D'après nos observations personnelles et les observations de M. Albertin, la ménopause survient après cinquante ans dans 93 % des cas.

III. — L'anatomie pathologique montre que la muqueuse utérine est modifiée en cas de myome utérin, et qu'elle est conservée en état d'activité, contrairement à la muqueuse qu'on observe normalement dans l'utérus sénile.

IV. — La prolongation des règles en cas d'utérus myomateux peut être interprétée par l'hypothèse suivante :

a) La ménopause se ferait en deux temps ;

b) Dans le premier temps les règles seraient supprimées mais l'ovulation continuerait. Les observations de grossesses survenues après la ménopause plaident en faveur de cette idée ;

c) Dans le deuxième temps qu'on peut appeler la ménopause vraie l'ovulation serait terminée et la fécondation ne serait plus possible.

V. — Il semble découler des observations précédentes que la persistance des règles en cas de myome est sous la dépendance de la muqueuse utérine modifiée, rendant apparente une ovulation latente en cas d'utérus normal.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

VILLARD.

LE DOYEN,

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 20 Juin 1925

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1904.
- BARIE. — Etude sur la ménopause (*Thèse de Paris*, 1877).
- BERNE. — Traitement des myomes de l'utérus (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1908).
- BERRET. — Fibrome utérin (*Lyon Médical*, 1905).
- BOWLES. — *British Medical Journal*, 1874.
- CAMUS. — Fibrome calcifié.
- CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, Paris, 1889.
- CHARRIÈRE. — Myomes et ménopause (*Thèse de Montpellier*, 1907).
- DELORE. — Fibrome utérin (*Lyon Médical*, 1908).
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de Gynécologie*.
- FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie (Traité de Chirurgie, Le Dentu et Delbet)*.
- GUILLAUME. — Le myome utérin à la ménopause (*Thèse de Lyon*, 1910).
- GAYET. — Fibromes utérins (*Lyon Médical*, 1905).
- JOHNSON. — *Journ. of the Amer. Med. Association*, 5 déc. 1891.
- LHÉRITIER. — *Traité complet des maladies de la femme*.
- MOON. — *British Medical Journal*.
- NÉLATON. — *Eléments de Pathologie chirurgicale*.

- OLHAUSEN. — Indikationen bei uterus myom., *Zeitsch. für geburt und gynæk.*, Stuttgart, 1907).
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 2^e édition, 1892.
- PINARD. — Des fibromyomes de l'utérus (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, Paris, 1905).
- POLOSSON (A.). — Myome malin de l'utérus (*Lyon Méd.*, 1910).
- PROUST-CARAVEN. — Sarcome de l'utérus (*Bull. et Mém. Soc. d'Anat.*, Paris, 1909).
- RENAUDIN. — Fibrome utérin en dégénérescence sarcomateuse (*Bull. Soc. méd. de Vaucluse*, Avignon, 1908).
- VILLARD (Paul). — Du myome malin de l'utérus (*Thèse de Lyon*, 1905).
- WINTER. — Die malignen und benignen degenerationen der Uterus myom. (*Zeit. für geb. und gynæk.*, Stuttgart, 1905).
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre Premier. — Etude Anatomo-Pathologique du Myome utérin à la Ménopause.....	11
Chapitre II.— Etude clinique des Moymes à la Ménopause.....	25
Chapitre III.— Conceptions pathogéniques.....	51
Conclusions.....	63
Bibliographie.....	65
